

O HUMANO E AS RELAÇÕES HUMANAS NAS AÇÕES DA SAÚDE

Sandra Regina de Angelis Monteiro Terra¹

Maria Christina Mendes dos Santos Guaraldo²

RESUMO

Este artigo procura pensar saúde não apenas como um campo de grandes tecnologias, mas também um espaço de construção de relações entre as pessoas que interagem o tempo todo, seja no papel de trabalhador, seja no papel de paciente; de como num espaço institucional a todo momento são construídas as trocas intersubjetivas entre estes dois personagens. Resgata a importância da discussão do que é humano no campo da saúde e da necessidade de fazer parte de toda ação desenvolvida nesta área.

PALAVRAS-CHAVE: Humano; Saúde; Trabalhador; Paciente.

Aqueles que acreditam ser o hospital uma organização destinada a tratar do corpo biológico tem um conceito equivocado. Ainda que nos hospitais exista uma ênfase nos processos curativos que operam sobre o corpo (biológico), eles mantêm sua condição de produto social, e de espaço de trocas intersubjetivas. Trocas que acontecem entre os corpos, nos corpos e além dos corpos biológicos.

A visão mais comum que temos sobre tecnologia, segundo Merhy (2000), é de que ela é uma máquina moderna e ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que – além das várias ferramentas-máquinas que usamos como: Raio-X, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário – mobilizamos intensamente saberes bem estruturados, que fazem parte dos conhecimentos, e, portanto há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as

¹ Assistente Social, Diretora do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP, especialização em Administração Hospitalar.

² Psicóloga Organizacional do Hospital das Clínicas da UNICAMP, mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e docente da Puc-Campinas.

ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, e que denominamos de leve-dura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável.

Ainda segundo Merhy (2000), quando reparamos com maior atenção, vamos ver que além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que se denomina de leve. Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas” que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se “intersubjetivamente” alguns momentos interessantes, como: momentos de fala, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidade nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante desta complexa conformação tecnológica do trabalho em saúde, Merhy advoga a noção de que só uma conformação adequada da relação entre estes três tipos de tecnologia, a dura, a leve-dura e a leve, pode produzir qualidade no sistema de saúde, seja em sua concepção macro como micro, nas instituições, no hospital.

Partindo desta visão, pode-se afirmar que todo o trabalhador de saúde, desde o porteiro ao diretor utiliza seus conhecimentos sobre forma de saberes profissionais na assistência aos usuários. Isto porque, os usuários buscam nos encontros com os trabalhadores de saúde a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo; porque fazer assistência não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas da saúde como uma “disfunção biológica”, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir. E porque não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho clínico.

Os usuários dos serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida serão objeto das ações dos profissionais. Os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam o modo como a tecnologia leve opera no interior do sistema de saúde, da instituição, do hospital, e inclusive a maneira como ela é “comandante” ou “comandada”, das (pelas) outras tecnologias, na mediação entre e leve-dura para o uso das duras.

O hospital é um serviço de saúde com um grande aporte de tecnologias duras, e quando há o domínio de interesses organizados em torno deste tipo de tecnologia, os processos de trabalho estão mais comprometidos, se produz o modelo assistencial voltado para a produção de procedimentos. O trabalho profissional quando só orientado para este modelo, este se isola dos outros trabalhos, produzindo a morte das tecnologias leves, o que gera sistematicamente uma relação usuário-trabalhador marcada por um processo de alienação, “des-responsabilização”, custosa e ocasionalmente resolutiva. Ao matar a tecnologia leve, submetendo-se à lógica da dura e de uma leve-dura empobrecida, encarece substancialmente as ações de saúde, tanto por incorporar serviços caros e por ser um sistema pouco resolutivo.

Neste cenário como re-humanizar espaços de produção de saúde, dentro de um hospital escola de grande porte e nível terciário, como o Hospital das Clínicas da UNICAMP, não perdendo de vista todas estas questões, os movimentos institucionais, os desejos dos trabalhadores, o envolvimento, as dificuldades, barreiras, necessidades dos usuários?

Quando Marx (1985), fala de alienação mostra que o trabalhador não sabe “para que” trabalha. Ele não sabe que ao mesmo tempo em que produz seu trabalho concreto, está cumprindo com as regras de produção do trabalho abstrato. O que o trabalhador não sabe, o que lhe foi retirado de sua compreensão, é a possibilidade de entender que, ao mesmo tempo em que produz valor de troca está produzindo valor de uso, e acumulação de mais valia. Marx disse “A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso”. Esses valores são socialmente determinados e pensamos que interrogá-los pode ajudar as pessoas que trabalham a procurar o sentido do seu trabalho.

Campos (2000) propôs pensar as instituições de saúde como produtoras de Valor de Uso, tanto no sentido da eficácia das práticas sociais que ali se desenvolvem, como da possibilidade de produção nelas de novas formas de subjetivação, capazes de tornar aos sujeitos que nelas trabalham mais livres e prazerosos. Neste sentido, os sujeitos que trabalham são também objetivo e finalidade da organização, não podem mais ser pensados e tratados como meios.

Onocko (2003), coloca que está convencida de que o projeto de um serviço de saúde deve incluir uma proposta clínica, pois segundo ela, esta questão é central à hora de discutir humanização, pois se a proposta de humanizar não ficar fortemente vinculada com a reforma das modalidades clínicas que se desenvolvem nos hospitais será “provavelmente banalizada, encarada como maquiagem superficial”, segundo a autora. Os trabalhadores da saúde devem poder fazer pé em algum lugar, pois apesar de sua pesada determinação técnica, a clínica manterá sempre a característica de ser um encontro singular.

O trabalho em saúde tem uma capacidade inexplorada de liberar trabalho vivo, o que sempre aconteceria “*em ato*”. Cabe abrir espaços de análise coletivos para interrogarmos juntos esse fazer em ato, indagando o quanto tem de trabalho criativo (vivo) ou de repetição estruturada tecnologicamente (trabalho morto), como diz Merhy (2003). Indagar coletivamente os gradientes de autonomia criadora ou de alienação repetitiva presente nas práticas cotidianas. O processo de trabalho em saúde opera sobre o corpo e a mente das pessoas concretas. O grau de “objetualização” nunca será absoluto, o desafio é reduzi-lo, alargando a possibilidade de encontros intersubjetivos. E isto é possível de ser tentado no contato direto com as pessoas envolvidas na assistência. Nenhum planejamento, programa, projeto deve estar apenas em nível de gerência ou comissões, ainda que sejam importantes para qualquer trabalho, mas nunca devemos perder de vista os trabalhadores que estão no cotidiano envolvidos na assistência, com as suas potencialidades de construir linhas de sentido para as práticas, conforme coloca Onocko (2003).

As contradições ficam evidentes quando se pensa no fato de que, a medicina tanto acena com uma capacidade ampliada de resolver e enfrentar diversos problemas do cotidiano, quando vai parecendo distante e inacessível tais contradições são reforçadas, ainda mais, pelos reclamos uníssonos em torno de uma “humanização” de sua prática.

Tais limites e contradições de espelham, por exemplo, nos intensos debates e ações em busca de um novo profissional, fruto de um ensino, mais do que voltada para a obtenção de um grau de excelência, mas comprometido com outros valores, como a defesa da vida individual e coletiva, mais do que um ás em certos procedimentos tecnológicos seja também um cuidador, capaz de buscar a melhor resolução técnica possível para os problemas de saúde, como implicado com a inclusão de seus usuários no mundo da cidadania, de modo permanente e solidário.

A experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema público brasileiro, segundo o Ministério da Saúde. Na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizadas que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos, evidentemente, todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema; porém, as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo na saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

Observa-se que um hospital pode funcionar com uma boa direção e uma boa equipe, mas com condições idênticas de trabalho, um hospital consegue melhores resultados que outro se houver compromisso das pessoas, qualidade na gestão e criatividade da equipe. Os bons resultados dependem, em grande parte, da capacidade da instituição oferecer um atendimento humanizado à população.

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é essencial agregar eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação.

Como colocar neste cenário o resgate do humano nessas relações humanas? De um lado o trabalhador e de outro o paciente. Ao procurarmos no dicionário a palavra humanização, o que encontramos? Que humanização é o ato de humanizar. O que é o ato

de humanizar? Tornar humano, dar condição humana a humanar, tornar benévolo, afável, tratável, fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar.

Onocko (2003) relata que esta primeira consulta semântica leva-nos a perguntar: o que é humano? Podemos neste início do século XXI assumir que humano é o que é afável? Benévolo, como nos diz o dicionário. O que é manso? Precisamos civilizar-nos?

Desde Freud e Marx, sabemos que também faz parte do humano a exploração do outro, a alienação, agressão, o equívoco, a culpa. Os neobiologistas querem nos convencer de que somos produto – pura e simplesmente – da combinação genética; os neo-relativistas querem nos convencer de que todo é intersubjetivo e relativamente justificável. E o social? Partimos da premissa de que humano quer dizer humano, ou seja: biológico, subjetivo e social. Somos isso o tempo todo, misturado, inseparável, ao mesmo tempo. Não paramos de ser biológica quando amamos, ou quando nos submetemos. Somos sujeito quando nos rebelamos às injustiças. Não deixamos de ser socialmente produzido até nos momentos de ódio, de raiva... Se esta multiplicidade vale para todos os humanos, vale também para os constructos humanos, para o serviço de saúde, para o hospital.

Segundo Nunes (*apud* Carmona, 2004), o trabalho em saúde é uma atividade profissional que tem, tanto como agente quanto como sujeito da ação o homem. Pitta (*apud* Carmona, 2004) retrata com fidelidade o estado em que se encontra o profissional da saúde, por trabalhar em um meio que é tão peculiar e potencial fonte de sofrimento. A autora descreve a trajetória do conceito de morte, com o qual os profissionais da saúde lidam, em última instância, a todo momento de seu trabalho:

Na Idade Média, a morte estava nas salas de visitas; hoje, ela se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde.

Assim, a circunscrição da morte ao ambiente hospitalar depositou neste espaço todas as questões sociais à morte relacionadas, tornando o trabalho do profissional de saúde ainda mais complicado e árduo.

A suposição de que o profissional de saúde tem algum tipo de “vocação” ou “dom” especial para realizar seu trabalho tem função especial na distinção do papel deste profissional. Antigamente, o trabalho era feito de modo generoso, sem remuneração, por

pessoas que, por caridade ou penitência, buscavam uma compensação moral e espiritual em contrapartida ao tempo e esforço despendidos; Bordieu (*apud* Carmona, 2004) promove a busca da compreensão da resignação e renúncia apresentadas nas atividades dos que se dedicam a cuidar dos enfermos, talvez com um desejo de descolamento de aspirações e conflitos pela compensação simbólica (generosidade dos que tratam x gratidão dos tratados e suas famílias). Hoje, é de conhecimento geral que o trabalho por pura vocação não é suficiente para manter o indivíduo vivo.

Mendes (*apud* Carmona, 2004), coloca que o trabalho tem ligação histórica com sofrimento explícito, e que quando executado sob determinadas condições desfavoráveis, pode causar doenças, encurtar a vida e até mesmo matar o trabalhador. Porém, a percepção de que o trabalho pode gerar formas de sofrimento mais sutis, corroer a saúde e as subjetividades é mais recente e encontra-se ainda em fase de construção. Segundo Dejours (*apud* Carmona, 2004), o trabalho em si não é nocivo nem perigoso; o que o faz deste modo é a forma de organização do mesmo pelo homem. Se o trabalho fosse escolhido de forma livre pelas pessoas e sua organização fosse flexível, permitiria uma adaptação dos desejos e necessidades individuais de cada ser humano, tornando o trabalho mais tolerável e favorecedor da saúde física, mental e espiritual do trabalhador.

O contato constante com a doença e os doentes impõe um fluxo contínuo de atividades que muitas vezes envolvem tarefas desagradáveis, repulsivas e até mesmo aterrorizantes; isto requer uma adequação prévia à escolha da ocupação (sob forma de ajustes de psiquismo que visam alcançar um grau mínimo de satisfação profissional) ou um exercício cotidiano de ajustes e estratégias defensivas para o desempenho correto das tarefas atribuídas.

Dentre estas estratégias defensivas que têm a função de ajudar o indivíduo a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza, peculiares do profissional de saúde, encontram-se: (1) fragmentação da relação técnico – paciente (quanto maior o contato, maior a angústia); (2) despersonalização e negação da importância do indivíduo (os pacientes são todos iguais, não têm registros afetivos diferenciados); (3) distanciamento e negação dos sentimentos (consequência dos itens anteriores; controle dos sentimentos e do envolvimento); (4) tentativa de eliminar decisões através do ritual de desempenho das

tarefas (a rotina e a padronização das condutas não são apenas baseadas na economia de procedimentos, mas são maneiras de adiar e controlar as decisões; o conhecimento do ritual alivia tensões); (5) redução do peso da responsabilidade (verificações contínuas, diluindo responsabilidades acima e abaixo na escala hierárquica) (PITTA *apud* CARMONA, 2004).

O trabalho, sendo mediador de integração social (por seu valor econômico e cultural) tem importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e na saúde física e mental das pessoas.

Seligmann-Silva (*apud* CARMONA, 2004) também aponta a existência das defesas psicológicas no trabalho: elas seriam tanto individuais quanto coletivamente construídas, sendo que a negação é a mais comum delas. Estas defesas coletivas funcionam como um “ritual de iniciação”, onde o perigo é tornado invisível para que o medo também o seja. Libouban (*apud* Carmona, 2004) identificou cinco tipos de estratégias defensivas utilizadas pelo pessoal do hospital para proteger-se da sobrecarga emocional e afetiva face ao contato com a dor e o sofrimento: (1) coesão interna entre a equipe, baseada numa ajuda mútua; (2) hiperatividade verbal ou cinética como modo de afastar a angústia; (3) absenteísmo como expressão de falência de defesas competentes para o enfrentamento de dificuldades; (4) verbalização de questões não vinculadas ao trabalho, tais como piadas; (5) agressividade reativa contra o paciente através de zombarias, colocações cínicas e ridicularizações, como fumaça encobridora de sentimentos de culpa desencadeados pela exibição do sofrimento do outro, evitando que se coloquem numa posição de fragilidade, passividade e sensibilidade.

O cenário atual da atenção à saúde no SUS é pontuado por aspectos contraditórios e complementares, com ações na descentralização da atenção nas ações visando à integralidade, à universalidade e ao aumento da equidade; incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes; fragmentação do processo de trabalho e esgarçamento das relações entre os diferentes profissionais, com precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; cronificação dos modos de operar o sistema público de saúde, reforçando tendência à burocratização, aos processos verticalizados, além do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores voltada para a gestão participativa e trabalho em equipe, acarretando

diminuição do compromisso e da co-responsabilização na produção de saúde e desrespeito aos direitos dos usuários.

A Humanização vista como uma política e não como “programa”, implica ser tomada como diretriz política transversal, isto é, perpassando todas as ações e instâncias de efetuação; traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS; pautar-se pela construção de troças solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

O conceito de humanização está relacionado a: aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos e a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Desta forma a humanização fundamenta-se em troca e construção de saberes, diálogo entre os profissionais, trabalho em equipe e consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde.

Construir ações envolvendo a questão básica da humanização no hospital, nos remete, minimamente, a três aspectos diferentes para reflexão: a princípio, pode parecer redundância falar em “humanização” na rede de saúde, considerando serem as ações neste segmento feitas por pessoas, por humanos, para outras pessoas, para outros humanos.

Por outro lado, reconstruir o conceito do “humano” nas relações humanas faz-se necessário e pode representar um desafio, já que culturalmente somos, muitas vezes, impelidos a entender e acreditar que as características do “humano” se referem somente ao que é “dócil”, bom, hospitaleiro ou salutar.

Tanto a literatura, quanto nossa própria prática, entretanto, tem nos apontado para o conjunto complexo e desafiador que compõe a integralidade da condição humana. Humano, além dos aspectos “saudáveis” ou “positivos”, também envolve a exploração, a alienação, a disputa, a dor.

Desta forma, uma outra questão nos remete à extrema necessidade de um processo reflexivo constante para todos os atores da saúde, de maneira a fortalecer uma posição amadurecida e compromissada, tanto em relação ao usuário externo do próprio sistema, quanto à equipe de trabalho, aos próprios trabalhadores da saúde que, somente a partir do fortalecimento de relações mais humanizadas de trabalho, poderão oferecer serviços também mais humanizados.

Trata-se, portanto, de uma ação que nunca se acaba... É uma ação em constante construção coletiva, que vai se transformando, de acordo com o cenário e os atores institucionais envolvidos, na procura incessante da significação e resignificação do HUMANO.

ABSTRACT

This article intends to think about health not only as field of big technologies, but also as a field of relationship construction built due to the constant interactions between people, whether playing the worker role or the patient role; it also intends to think how inter-subjective exchanges are constantly built in a institutional place by two characters. It tries to rescue the discussion's importance of the human in the health field and also the two-character necessity of being part of every action developed in this area.

KEYWORDS: Human; Health; Worker; Patient.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRATT, E. S. **Medicina e humanização**. Paraná. 2002. Mimeografado. 14 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**. Brasília: MS. 2004, 55 p.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. 236 p.
- CARMONA, S.H. e COSSERMELLI. T. **Trabalho de Conclusão de Estágio apresentado à Disciplina de Estágio Supervisionado em Psicologia das Organizações**. 2004. (Pontifícia Universidade Católica de Campinas).
- GUARALDO, M.C.S., TERRA, S.R.A.M. **Resgatando o Humano nas Relações Humanas: A Construção de uma Política de Humanização no Hospital das Clínicas da UNICAMP**. Monografia Especialização Curso de Saúde Pública. DMPS/FCM/UNICAMP. Campinas. 2004. 79 f.
- MARX. K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. I, Livro Primeiro, Tomo 1.

MERHY, E.E. **Crise do modo de se produzir saúde:** uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. Campinas: FCM/UNICAMP. 2000. Mimeografado. 12 p.

MERHY, E. E. e ACIOLI, G.G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com as possibilidades de construção de novos paradigmas a formação em medicina. **Revista Pro-Posições**. Campinas. 14, 1 (40), jan./ abr. 2003

ONOCKO R. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Revista Saúde e Debate**. Rio de Janeiro: 27 (64): 123-130, maio/ ago. 2003.

SIGNORI, C.G.; TREVISAN, D.; PORTO, J.C. e BUDIN, M. **Projeto de Humanização**. 2003. (Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia das Organizações. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas)

